



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

Psychiater in der Palliativversorgung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einer onkologischen Komorbidität

Westermair, Anna Lisa ; Schreiber, W ; Dümchen, J ; Perrar, K M

Abstract: Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einer zusätzlichen onkologischen Erkrankung stellen die Behandler im palliativen Setting vor große Herausforderungen. Verhaltensweisen erscheinen oft unverständlich oder befremdlich. Depressiver Rückzug oder wahnhaftes Erleben im Rahmen einer chronischen Psychose kann beängstigend wirken. Der vorliegende Artikel skizziert die epidemiologischen Daten sowie die Besonderheiten im Erleben dieser Personengruppe. Im Anschluss an ausgewählte Kasuistiken aus psychologischer Sicht werden Gedanken zu den Aufgaben des Psychiaters im palliativen Setting vorgestellt. = People with severe psychiatric illnesses and an additional oncological illness represent great challenges to therapists in the palliative setting. Behavior patterns often appear incomprehensible or disconcerting. Depressive withdrawal or delusion in the context of a chronic psychosis can be frightening. This article outlines the epidemiological data as well as the particularities in the experience of this group of people. Following selected case studies from a psychological perspective, thoughts on the tasks of the psychiatrist in the palliative setting are presented.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00892-2>

Other titles: Psychiatrists in palliative care of people with severe psychiatric illnesses and an oncological comorbidity

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-192106>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Westermair, Anna Lisa; Schreiber, W; Dümchen, J; Perrar, K M (2020). Psychiater in der Palliativversorgung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einer onkologischen Komorbidität. *Der Nervenarzt*, 91(5):404-410.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00892-2>

Autoren: Anna Lisa Westermair¹, Wolfgang Schreiber², Jürgen Dümchen³, Klaus Maria Perrar⁴

1 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitäts-Klinikum Schleswig-Holstein (UKSH)
Campus Lübeck

2 Bezirksklinikum Mainkofen

3 PUK der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin

4 Zentrum für Palliativmedizin Uniklinik Köln

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Anna Lisa Westermair

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

0451 500 98710

anna.westermair@uksh.de

Titel: Als Psychiater in der Palliativversorgung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einer onkologischen Komorbidität

Zusammenfassung

Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einer zusätzlichen onkologischen Erkrankung stellen die Behandler im palliativen Setting vor große Herausforderungen. Verhaltensweisen erscheinen oft unverständlich oder befremdlich. Depressiver Rückzug oder wahnhaftes Erleben im Rahmen einer chronischen Psychose kann beängstigend wirken. Der vorliegende Artikel skizziert die epidemiologischen Daten sowie die Besonderheiten im Erleben dieser Personengruppe. Im Anschluss an ausgewählte Kasuistiken aus psychologischer Sicht werden Gedanken zu den Aufgaben des Psychiaters im palliativen Setting vorgestellt

Schlüsselwörter

Palliativmedizin, schwer psychische Erkrankung, Lebensende, Liaisonpsychiatrie

Title: Psychiatrists in palliative care of people with serious psychiatric illnesses and oncological comorbidity

Summary

People with severe psychiatric illnesses and an additional oncological illness present great challenges to the therapists in the palliative setting. Behaviour patterns often appear incomprehensible or disconcerting. Depressive withdrawal or delusion in the context of chronic psychosis can be frightening. This article outlines epidemiological data as well as the particularities in the experience

of this group of people. Following selected casuistry from a psychological perspective, thoughts on the tasks of the psychiatrist in the palliative setting are presented.

Keywords

palliative care, severe mental illness, end of life, liaison psychiatry

Einleitung

PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen stellen ambulante und stationäre Palliativ-Teams vor Herausforderungen. Ungewöhnliche Verhaltensweisen wie Mutismus oder Stereotypien erschienen unverständlich oder sogar beängstigend. Die stark gewähren-lassende Grundhaltung der Palliativmedizin ist für desorganisierte Patienten oder Patienten mit schwerer Antriebsstörung nicht förderlich, spezifische Strategien sind in der Palliativmedizin oft nicht bekannt.

Das Phänomen der Fehl-Attribution unspezifischer Symptome wie Agitiertheit auf die vorbekannte psychiatrische Erkrankung (sog. diagnostic overshadowing) (Happel et al. 2016; Noblett et al. 2017) wird in der Palliativsituation auch auftreten, möglicherweise noch verstärkt durch die Komplexität der Krankheitsbilder in diesem Gebiet und die generelle Zurückhaltung bzgl. diagnostischer Maßnahmen.

Auch neigen nicht psychiatrisch geschulte Behandler dazu, advance care planning mit depressiven oder psychotischen Erkrankungen zu unterlassen, weil sie befürchten, den Patienten dadurch (weiter) zu destabilisieren oder weil sie PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen als generell nicht einsichts- und einwilligungsfähig einschätzen (Shalev et al. 2017; Sweers et al. 2013).

Epidemiologie

Eine Meta-Analyse fand eine Prävalenz von depressiven Episoden bei Palliativpatienten von 16.5 % (Mitchell et al. 2011). Depressive Symptome sind weitaus häufiger, sie kommen bei 37 % vor (Delgado-Guay et al. 2011). Anders als in der Allgemeinbevölkerung sind depressive Symptome und Episoden in der Palliativsituation häufiger bei Männern anzutreffen (Hayes et al. 2012; Rayner et al. 2011). RD Hayes et al. (2012) fanden überzeugende Hinweise für eine Vermittlung dieses Effekts durch Pflegebedürftigkeit: Während der Grad an Abhängigkeit von Dritten zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten wie Essen und Waschen bei Männern eng mit Depressivität verknüpft war, fand sich dieser Zusammenhang bei Frauen nicht.

Psychotische Symptome treten in der Palliativsituation - wie bei älteren PatientInnen im Allgemeinen - vor Allem sekundär auf, also als Ausdruck der Grunderkrankung (z.B. bei Meningeosis carcinomatosa), im Rahmen eines Delirs und als Nebenwirkung der Medikation (z.B. Dexamethason, L-Dopa) (Reinhardt, Cohen 2015). Seltener sind akute Episoden primärer psychotischer Erkrankungen wie der Schizophrenie. Epidemiologische Daten liegen hierzu noch nicht vor. Da – im Gegensatz zu affektiven Erkrankungen – die de novo Entstehung bzw. Erstmanifestation einer Schizophrenie in der Palliativsituation unwahrscheinlich ist, kann die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung als Näherungswert für die Palliativsituation dienen. Diese liegt für Schizophrenie bei etwa 0.9 %. Berücksichtigt man auch seltenere psychotische Erkrankungen wie die schizoaffektive und die wahnhaftige Störung, dürften 1.4 % der Palliativpatienten betroffen sein (Perälä et al. 2007). Patienten

mit Schizophrenie haben vergleichbare Wünsche und Erwartungen an die Betreuung am Lebensende wie die Allgemeinbevölkerung (Foti et al. 2005; Sweers et al. 2013), dennoch werden sie nur halb so oft palliativ (mit-)betreut (Chochinov et al. 2012).

Die psychischen Besonderheiten der Erkrankten

Palliative Versorgung bezeichnet die Betreuung von Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung und dadurch begrenzter Lebenserwartung. Palliative Versorgung ist damit eine ganzheitliche Behandlung, bei der der im wörtlichen Sinne „sterbenskranke“ Mensch zusammen mit seinem Umfeld betrachtet wird. Sie ist nicht allein auf die medizinische Therapie ausgerichtet, sondern versucht, die individuellen Bedürfnisse des betroffenen Patienten und seiner Angehörigen in diese zu integrieren. Sterben, Tod und Trauer sind keine Tabuthemen mehr in der Bevölkerung wie noch vor einigen Jahren. Dabei macht unter anderem der DAK-Pflegereport 2016 deutlich: 60 Prozent der Deutschen wollen zu Hause sterben, nur vier Prozent präferieren das Krankenhaus, zwei Prozent die Pflegeeinrichtung. Das Ziel der Palliativ- und Hospizversorgung ist es, die bestmögliche Lebensqualität von Betroffenen und Zugehörigen angesichts lebensbedrohlicher, nicht mehr kurativ behandelbarer Erkrankungen herzustellen und ein Lebensende in Würde zu ermöglichen (Kruse 2016).

Häufig treten hierbei (eventuell vorbestehende) psychiatrische Erkrankungen in der Palliativsituation in den Hintergrund, stattdessen stehen nicht-pathologische, aber dennoch behandlungsbedürftige und -pflichtige psychische Besonderheiten im Vordergrund.

Ängste und Befürchtungen

Meist geht es dabei um die Angst vor dem Sterben, nicht jedoch vor dem Tod selbst (BIGORIO 2011; Kunz 2018; Schwartz et al. 2017).

Hierbei kann die Angst (lat. *angor*) im eigentlichen Sinne als objektunabhängige Besorgnis („was passiert mit mir?“, „was erwartet mich?“) von der Furcht (lat. *timor*) als Realangst oder objektbezogener Angst bzw. Bedrohung durch vorausgeahnte Gefahr (z.B. vor der Nacht, vor dem Schmerz, vor dem Erstickten oder vor dem Alleinsein) unterschieden werden.

Patienten mit einer Angstsymptomatik erleben hinsichtlich Symptomlast und Einschränkung der Lebensqualität Gefühle von Hilflosigkeit, Unsicherheit, Sorge und Schrecken, leiden dadurch bedingt an kognitiven Defiziten, Verhaltensauffälligkeiten und unterschiedlichen, vegetativen Symptomen. Hinzukommen oft nur schwer zu beantwortende, spirituelle, religiöse und existenzielle Anfragen insbesondere an sich selbst bzw. an eigene Glaubensüberzeugungen und bisherige Lebensgewissheiten.

Ängste beziehen sich dabei weniger auf die Tatsache des «Sterben Müssens» als auf dessen «Wie» (körperlich und psychosozial). Dies beinhaltet vor allem auf das Erleben von Schmerzen oder Atemnot, zunehmende Verwirrtheit im Rahmen eines Delirs, eine ausgeprägte Kommunikationsunfähigkeit („niemand merkt, dass ich Schmerzen habe“) sowie vor Kontrollverlust, vor dem Alleingelassen werden, vor dem eigentlichen Sterbeprozess (d.h. vor verändertem

Aussehen, körperlichem Zerfall, Zerschlagen der Fassade, Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren zu können, vor Schwachheit und Rollenverlust, d.h. sich nicht mehr um Angehörige kümmern zu können und letztlich vor Abhängigkeit und damit andern zur Last zu werden.

Von zentraler Bedeutung ist dabei die Angst vor der «Sanduhr», also vor der zunehmenden Besitzergreifung der Krankheit bzw. vor deren Progression, auf die oft mit Verdrängung («Nicht wahrhaben wollen») bzw. banal-trivialen Erklärungen für die eingetretene Verschlechterung reagiert wird. Es geht demnach um die Angst vor dem endgültigen Abschied, um Trennungsangst, um Angst vor der davonlaufenden Zeit (keine Zeit mehr für Neues), gerade aber auch um Angst vor Palliative Care (Patient und / oder Angehörige lehnen Palliative Care ab aus Angst, vermeintlich die letzte Chance zu verpassen und so „aufs Abstellgleis“ zu geraten).

Differentialdiagnose Depression/Fatigue/Demoralisation

Finale Erkrankungen lösen bei den betroffenen Patienten häufig Phasen emotionaler Instabilität aus, die Prävalenz psychischer Störungen ist etwa doppelt so hoch wie in der "gesunden" Allgemeinbevölkerung (Bruera, Yennurajalingam 2019; Guidi et al. 2011; Karthaus, Pohlmann 2013; Robinson et al. 2015; Yennurajalingam et al. 2011).

Das Spektrum depressiver Symptome ist dabei breit und überschneidet sich zu großen Teilen mit entsprechenden Ängsten und Befürchtungen. Es reicht von einer Trauerreaktion mit Verzweiflung und Wut bis hin zu einem Zustand von Lähmung, Sinn- und Hoffnungslosigkeit. Auslöser für diese Reaktionen können die Eröffnung der Diagnose, Rezidive, Verschlechterungen der Erkrankung oder auch Misserfolge im Behandlungsverlauf sein.

Etwa 20-30% der chronisch schwerkranken Patienten leiden zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung an depressiven Störungen. Schwere Depressionen (entsprechend der Major Depression nach DSM-IV bzw. der typischen, depressiven Episode nach ICD-10) werden zu ca. 5-20 % beschrieben. Depressive Störungen werden hierbei bei Frauen häufiger beobachtet als bei Männern, analog zu den Häufigkeitsverteilungen bei depressiven Erkrankungen ohne weit fortgeschrittene, somatische Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung.

Sind depressive Symptome infolge krankheitsbedingter Extremlastungen vorübergehender Natur sind und lassen sie sich auf diese Ursache allein zurückführen, so handelt es sich meist um eine reaktive Depression, die letztendlich als innerer Schutzmechanismus für den Betroffenen wirkt. Dieser Mechanismus ermöglicht es dem Patienten, sich auf das physische und psychische Überleben für eine begrenzte Zeit zu konzentrieren. Wird diese Reaktion auf einen Notfall hingegen zu einer Dauerreaktion, so kann an Stelle schmerzlicher oder trauriger Gefühle eine bleiern und lähmend empfundene Stimmung treten. Betroffene Patienten sind nicht mehr in der Lage, ihre innere Leere, Niedergeschlagenheit, Freud- und Antriebslosigkeit zu überwinden. Insbesondere Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind gewichen ("Ich fühle mich nutzlos", "Ich bin nichts mehr wert"), wiederholt werden Versagensängste beklagt. Auch Konzentration und Merkfähigkeit können in unterschiedlicher Ausprägung betroffen sein.

Die Ätiologie ist multifaktoriell: Biologische, psychische und soziale Faktoren beeinflussen sich wechselseitig (siehe oben).

An metabolischen Störungen wirken neben einer Organinsuffizienz vor allem Kachexie, Elektrolytstörungen, Hypoglykämie und Dehydratation depressiogen. Endokrinologische Störungen umfassen insbesondere eine Hyper- bzw. Hypothyreose sowie eine Nebennierenrindeninsuffizienz und ein Cushing-Syndrom. Ein Befall des Zentralnervensystems im Rahmen eines Gehirntumors, bei Metastasen oder bei entzündlichen/degenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems oder auch in Assoziation mit einer HIV-Infektion wurde ebenfalls als ein ätiologischer Faktor für depressive Störungen beobachtet. Zu beachten ist auch, dass eine Tumoranämie Erschöpfungssyndrome auslösen bzw. verstärken kann.

Ferner sind eine Reihe von Medikamenten in der Lage, Depressionen zu verursachen bzw. zu begünstigen; dazu zählen vor allem Zytostatika wie Vinkaalkaloide, Procarbazin und L-Asparaginase, aber auch Interferone. Des Weiteren können Gestagene, Östrogene und Aminoglutethimid, aber auch Kortikoide potenziell depressiogen wirken. Darüber hinaus steht eine Vielzahl weiterer Medikamente in Verdacht, an der Auslösung von Depressionen beteiligt zu sein. Insbesondere im Verlauf langwieriger, belastender Strahlen-/ Chemotherapien ist das Risiko einer depressiven Störung bekannt. Das Ausmaß der Beschwerden, insbesondere Schmerzen, Dyspnoe, Inappetenz und Gewichtsabnahme, ist eng mit der Häufigkeit depressiver Störungen assoziiert.

Verändertes Schmerzempfinden

Hier steht das Total Pain Konzept im Vordergrund, das in den 60er Jahren von der englischen Ärztin und Krankenschwester Dame Cicely Saunders (1918-2005) entwickelt (Hanke 2009). Schmerz wird hier als ein multidimensionales Geschehen aufgefasst, das eine rein somatische Herangehensweise maßgeblich erweitert (Malinsky et al. 2016).

Total Pain ist der Ausdruck eines Paradigmenwechsels in der palliativen Versorgung unheilbarer und sterbender Menschen. Es „bezeichnet die schmerzhafteste Auseinandersetzung schwer, letztendlich terminal erkrankter Patienten mit dem Verlust ihrer Lebensfunktionen und Autonomie sowie ihre Konfrontation mit schwer zu lindernden Symptomen“ (Palm 2012).

Die vier Schmerzdimensionen nach Saunders umfassen den physischen, den sozialen, den seelischen sowie den spirituellen Schmerz.

Der physische Schmerz im Total Pain Konzept beschreibt die gesamten, körperlichen Erscheinungen, die ein Mensch beklagt, wobei der Schmerz den gesamten Körper umfassen kann oder auch nur Teilbereiche des Organismus (Holder-Franz 2012). Als Bedingungsfaktoren des sozialen Schmerzes werden neben der Abhängigkeit von Angehörigen, dem Autonomieverlust und eventuellen, finanziellen Problemen auch die Trauer der Angehörigen benannt (Näf-Hofmann, Näf 2011).

Die psychische bzw. seelische Dimension betrifft den Menschen in seinen Ansichten und seiner Haltung dem Leben gegenüber. Im Rahmen dieses Schmerzes können die unterschiedlichsten Gefühle und Empfindungen aufkommen. Zorn, Depression sowie Abwehr und Verzweiflung können das Entstehen von psychischen Schmerzen erklären, ebenso die Angst vor dem bevorstehenden Tod, vor Verlust oder vor körperlicher Schwäche (Näf-Hofmann, Näf 2011). Hoffnungslosigkeit und Angst vor dem bevorstehenden Tod können den Gesamtschmerz ebenso verstärken (Zaug 2000).

Beim spirituellen Schmerz geht es schließlich um die Frage nach dem Sinn des Lebens und darum, diesen Sinn zu verlieren, da die Betroffenen mit Gott und mit ihrem Glauben hadern (Carr, Mann, 2009). Diese existentielle Krise kann dazu führen, dass Betroffene ihren Halt verlieren und sich verloren fühlen (Holder-Franz M. 2012). Auch das Gefühl der Bedeutungslosigkeit (nach dem Tod), Selbstzweifel oder Schuldgefühle können psychische Schmerzen hervorrufen (Näf-Hofmann, Näf 2011). Müller (2007) erklärt den spirituellen Schmerz mit einer Tangierung der existentiellen Zielsetzung des Lebens, im Sinne einer Trennungsarbeit trauert der Betroffene somit um die Endlichkeit seines eigenen Lebens, also sowohl die Vergangenheit mit vielen Erinnerungen, die Gegenwart als auch die Zukunft sind Gegenstand seiner Trauer.

Kasuistiken der palliativen Versorgung aus psychologischer Sicht

In der Behandlung palliativer Patienten steht die Klarheit über den Ausgang der zugrundeliegenden somatischen Erkrankung von vornherein fest: Der (erwachsene) Patient /die Patientin wird in einem überschaubaren Zeitraum versterben. Dieser „überschaubare Zeitraum“ kann in der Regel nur sehr vage, wenn überhaupt klarer definiert werden: In der wiederholten stationären Behandlung werden es Tage, Wochen oder Monate sein, im ambulanten Setting können es Jahre sein:

Ein noch tätiger Privatdozent, 63 Jahre, an einer philosophischen Fakultät, erkrankt an einem metastasierten Prostatakarzinom, seit langem wegen einer depressiven Störung in psychiatrischer Behandlung, beklagt sich verärgert darüber, dass ihm die behandelnden Ärzte keine genaue Auskunft über seine wahrscheinlich noch vorhandene Lebenszeit machen, fügt dann, plötzlich lächelnd, hinzu: „Aber dann wären sie ja Götter – und die Zeiten sind ja nun vorbei!“ Als ich dann einen neuen Termin mit ihm ausmache bemerkt er, wieder lächelnd: „Na, dann passen Sie im Verkehr mal gut auf sich auf!“

Die hier vom Patienten ironisch angemerkte tatsächliche Ungewissheit auch über die noch vorhandene Lebenszeit des Therapeuten verdeutlicht eine existentielle Gemeinsamkeit, die, reflektiert, den Patienten nicht allein als Objekt therapeutischer Bemühungen nach S 3 Richtlinien und juristisch abgesichert durch das hauseigene Justizariat¹ sieht, sondern als verbunden im „wir“ des ontologischen Geworfenseins.

Es kann auch sinnvoll sein, als Therapeut selbst die Frage nach der noch verbleibenden Lebenszeit zu stellen, etwa: „In welchem Zeitraum planen Sie so?“

Die subjektive Vorstellung des Patienten kann dann Ausgangspunkt ganz praktisch noch vom und mit dem Patienten zu erledigender Aufgaben sein, sei dies die Übertagung von finanziellen Ansprüchen an den Lebensgefährten, der lang versäumte Anruf beim im Streit verbliebenen Bruder oder auch die möglicherweise durchaus realisierbare Reise an den Ort der Träume – auch mit Schmerzmittel-Perfusor.

Was aber tun, wenn die subjektive Zeitvorstellung und die wahrscheinlich tatsächlich gegebene, weit voneinander entfernt sind?

Ein noch recht junger Patient, knapp an die fünfzig, zwischen dem 20 und 30igsten Lebensjahr abhängig u. A. von Kokain, verheiratet, zwei erwachsene Söhne, eine kleine Tochter, kurz vor der Einschulung, antwortet auf die Frage nach dem

¹ „Ob nicht eine Medizin, die ihre zutiefst pathische Verwurzelung kappt und zum „Regeldienst“ degeneriert, ihren Halt verliert, ob nicht die Verrechtlichung unseres Zwischen-uns als Kompensationsversuch unserer Vereinzelung das Problem verfehlt.“ B. Oldenkott, Würde in der Palliativmedizin, in R. Gröschner, A. Kapust, O. W. Lembcke (Ed.): „Wörterbuch der Würde“, Wilhelm Fink Verlag, München 2013, 261f.

Zeitraum, in dem er plane, er wolle - „auf jeden Fall!“ – noch erleben, wie seine Tochter das Abitur besteht. Während er das sagt, nimmt er das gerahmte Foto seiner Tochter vom Nachttisch und hält es mir hin: „Ich liebe sie mehr als jeden anderen Menschen auf der Welt!“

Die behandelnde Ärztin hatte mir gegenüber von einer Zeitperspektive von maximal sechs Monaten gesprochen. Ich schweige.

Zwei Tage später ist seine Ehefrau anwesend, erzählt, dass sie plane, entweder jetzt gleich oder aber erst im Sommer des nächsten Jahres ihre Arbeitszeit zu reduzieren, um mehr mit ihrem Mann zusammen sein zu können. „Nein, jetzt gleich!“ sagte ich spontan und sehr bestimmt. Die Ehefrau verstand, der Patient überhörte es.

Die hier anklingende Frage, inwieweit dem Patienten die Wahrheit über seinen Zustand gesagt werden muss, ist mehr dem Medizinrecht zuzuordnen – in der Praxis der tatsächlichen Begegnung mit dem sterbenden Patienten geht es mehr um Wahrhaftigkeit, also um eine innere Haltung des Behandlers und dem daraus sich ableitenden Wunsch, dem Patienten Gutes zu tun, sein Leid mindern zu wollen – dies schließt auch eine explizite Lüge nicht notwendigerweise immer aus! Der Patient, sei er nun zusätzlich mit einer psychischen Erkrankung belastet oder auch nicht, führt – er ist es, der stirbt.

Hilfreich ist in diesem Prozess, wenn der Patient einen Glauben besitzt – sei dies im herkömmlich religiösen Sinn – katholisch, protestantisch, jüdisch, muslimisch – oder auch im modern-großstädtischem Sinn als in der Definition etwas unscharfe Spiritualität.

Hier ist die Seelsorge mit ihrer Kompetenz in der Transzendenz als Teil des oft beschworenen multiprofessionellen Teams gefordert. Fragen nach dem „Danach“, nach dem Sinn sind dort gut aufgehoben. Eine Schnittmenge mit dem Psychiatrisch-Psychotherapeutischen kann hierbei durchaus gegeben sein – man denke nur an die Sinnfrage in der Logotherapie (Frankl 1997).

Der bereits erwähnte Philosophie-Dozent hatte einen Kontakt zu unserer Seelsorgerin mit dem Hinweis auf den Schwerpunkt seiner Forschung und dem daraus resultierendem Erkenntnisgewinn brüsk abgelehnt, hatte mit doch auffälliger Härte in den vier längeren Kontakten mit mir die eigentliche Sinnlosigkeit der menschlichen Existenz immer wieder betont. Ich hatte dies nie kommentiert. Kurz vor seiner Entlassung, in unserem letzten Gespräch, drängte er mich, doch endlich Stellung zu beziehen, diese „feige pseudotherapeutische Neutralität“ aufzugeben: „Gibt es nun noch ein „Danach“ oder doch nicht?“ Mit meiner Antwort – „Man weiß es ja nicht, möglich ist es schon, dass da etwas ist!“ war ich selbst nicht wirklich zufrieden – der Patient aber schon: Tränen in den Augen umarmte er mich und sagte, er habe es „tief drinnen“ immer geahnt, sich aber nie eingestehen können.

Eine etwas andere Version:

Die etwa 85-jährige tiefgläubige Patientin, deren Schmerzen auch mit aller üblichen und unüblichen Medikation nur begrenzt begegnet werden konnte, zieht auf vernichtende Weise Bilanz ihres Lebens: Misshandlung im Elternhaus – Schläge, sexueller Missbrauch -, vielfältigste körperliche Erkrankungen, betrogen durch den einzigen Partner, keine Kinder, Eintritt in eine evangelische Schwesternschaft, dort keine Akzeptanz, wenig Zufriedenheit in der Tätigkeit im Krankenhaus, dann die Krebserkrankung. Ich sage der Patientin, dass sie mich an Hiob erinnert und frage, ob sie nicht im Gebet den direkten Kontakt zu Gott suchen wolle – so wie es ja auch Hiob tat. Das Buch Hiob, antwortet sie, habe sie immer geliebt, bis auf den Schluss!

Vor meinem Kontakt zwei Tage später verstarb die Patientin, eine angebotene Krankensalbung hatte sie abgelehnt.

Auch das Team kann neben einer fachlichen Supervision von einer seelsorgerischen Begleitung profitieren: In dem katholischen Krankenhaus Haus, in dem ich tätig bin, findet auf der Palliativstation monatlich die „Abschiedsrunde“ statt – geleitet von der Seelsorgerin:

Zunächst werden die Namen der Verstorbenen vorgelesen, dann kann jeder, der will, aus einem Korb mit Steinen, die aus dem Urlaub mitgebracht oder sonst wie gesammelt wurden, einen Stein herausnehmen, neben eine Kerze legen und dann seine Erinnerungen an den oder die Verstorbene wiedergeben. Zum Schluss liest die Seelsorgerin etwas vor oder es wird ein passendes Lied angehört – dann geht man in einen anderen Raum und es wird der zumeist selbst gebackene Kuchen verzehrt.

Die Diskussion, ob diese Schnittmenge auf dem Hintergrund an wissenschaftlicher Evidenz ausgerichteten Leitlinien nicht auch problematisch ist und wo die Immanenz psychotherapeutisch-psychiatrischen Handelns bleibt, zeigt bereits im Begriff der „Schnittmenge“ – zwei verschiedene Gegebenheiten - das Spannungsfeld auf, kann hier aber nicht weiter diskutiert werden.

Die Arbeit mit den – überlebenden! - Angehörigen ist wesentlicher Bestandteil psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit mit Palliativpatienten, sowohl in der Phase der Akut-Behandlung als auch nach dem Versterben des Patienten. Dies sind in der Regel kurze Kontakte, aber auch Kontakte über mehrere Jahre sind möglich.

Jährlich gibt es in unserer Klinik im November einen stets sehr gut besuchten Gottesdienst, zu dem alle Angehörigen der Verstorbenen eingeladen werden und im Laufe des Gottesdienstes vor dem Altar ein Licht für ihren verstorbenen Angehörigen anzünden können.

Neben den vielfältigen, hier nur angerissenen ethischen Fragestellungen sind sehr praktische Probleme zu nennen, z.B. die Wahrung der Intimität bei Patienten, die im Mehrbettzimmer liegen und nicht in der Lage sind, einen gesonderten anderen Raum aufzusuchen, oder auch die Belastung des nicht somatisch arbeitenden Therapeuten durch krankheitsbedingte Entstellungen des Patienten, oder auch durch olfaktorische Besonderheiten.

Die Aufgabe des Psychiaters in der Palliativversorgung

Auch wenn Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen und einer gleichzeitig vorliegenden onkologischen Erkrankung nicht sehr häufig sind, so existiert doch eine Fülle an unterschiedlichen psychisch-psychiatrischen Veränderungen angesichts der existenziellen Herausforderung des endenden Lebens. Für die palliativmedizinische Versorgung kann es oft hilfreich sein, durch eine fundierte psychopathologische Befundung und Anamnese z.B. depressiver oder ängstlicher Symptomatik Behandlungsempfehlungen oder Empfehlungen zur Begleitung zu geben. Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung unterschiedlicher Syndrome/ Erkrankungen durch den Psychiater ermöglicht es, die Grenze zwischen „normaler“ Reaktion und manifester psychischer Erkrankung fundierter zu ziehen. Darüber hinaus können ggf. psychotherapeutische Zugänge mit einer differenzierten psychopharmakologischen Behandlung ergänzt werden, vor allem wenn ein primärer Behandlungserfolg fehlgeschlagen ist.

Psychisches Anders-Sein fordert nicht selten das gesamte multiprofessionelle Team. Ist der Psychiater z.B. im Rahmen einer Liaison-Tätigkeit enger in die palliative Arbeit eingebunden, so kann er für Zeichen der Überforderung sensibilisieren. Diese sind z.B. an folgenden Situationen / Reaktionen erkennbar (Gündel et al. 2014):

- Patient erfordert viel Zeit in Team- / Fallbesprechungen
- Konflikte im Team (z.B. wegen Uneinigkeit über die Betreuung)

- Widerstände mehrerer Teammitglieder, die Betreuung des Patienten zu übernehmen
- Abschätzige Sprache über den Patienten
- Betreuungsteam weiß nicht mehr weiter im Umgang mit dem Patienten (z.B. befolgt er Therapievorschläge nicht)
- Unverständnis gegenüber den Reaktionen des Patienten

ber die konsiliarischen Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie einzelner psychischer Symptomatiken profitiert die Versorgung von psychisch kranken Patienten im palliativen Setting von folgenden Aspekten (Irwin, Ferris 2008; Meier, Beresford 2010):

- Entwicklung von Verständnis für psychisches Anderssein
- Vermittlung von Wissen über Persönlichkeitsstörungen / Abhängigkeitserkrankungen / schizophrenen und affektiven Psychosen
- Vermittlung von Wissen um psychodynamische Zusammenhänge
- Vermittlung von Kompetenzen in nicht-medikamentösen Zugängen
- Unterstützung bei der Prävention von Burnout
- Angebot psychotherapeutischer Zugänge

Im Sinne der Verbesserung der Versorgung ist sehr zu begruen, dass die Zusammenarbeit von Palliativmedizin und Psychiatrie in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (Patterson et al. 2014).

Fazit für die Praxis

Während in der Palliativmedizin auf subklinische psychische Reaktionen auf die terminale Erkrankung in der Regel empathisch und professionell reagiert wird, sind PsychiaterInnen wichtige Kooperationspartner bei schwereren psychiatrischen Symptomen wie Mutismus, Stupor, Desorganisation, Wahn und Halluzinationen.

Neben der fachgerechten (Differential-)Diagnostik von und Behandlungsempfehlung für psychische Erkrankungen können PsychiaterInnen Wissen und Verständnis für psychische Erkrankungen vermitteln, Verhaltensempfehlungen für schwieriges Patientenverhalten geben sowie ungünstige Dynamiken im Palliativteam frühzeitig erkennen.

Eine längerfristige Zusammenarbeit wie z.B. im Rahmen eines Liaisondienstes ist zu bevorzugen.

BIGORIO (2011) Angst am Lebensende. Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative ch». Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz;
https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf, abgerufen am 20.10.2019

Bruera E, Yennurajalingam S (2019) Palliative care: Overview of fatigue, weakness, and asthenia;
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-overview-of-fatigue-weakness-and-asthenia/print>, abgerufen am 20.10.2019

Carr E, Mann E (2009) Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe. Verlag Hans Huber, Bern, S. 382

Chochinov HM, Martens PJ, Prior HJ et al. (2012) Comparative health care use patterns of people with schizophrenia near the end of life: a population-based study in Manitoba, Canada. *Schizophr. Res.* 141:241-246

Craun MJ, Watkins M, Hefty A (1997) Hospice care of the psychotic patient. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 14:205-208

DAK-Pflegereport 2016 ((Quelle: <https://www.dak.de/dak/gesundheit/dak-pflegereport-2016-2124258.html>); abgerufen am 20.10.2019)

Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z et al. (2009) Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support. Care Cancer* 17:573-579

Foti ME, Bartels StJ, Van Citters AD et al. (2005) End-of-Life Treatment Preferences of Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatr. Serv.* 56:585-591

Frankl, V. ((1981)1997), *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, Piper, München/Zürich

Guidi J, Fava GA, Picardi A, Porcelli P, Bellomo A, Grandia S, Grassi L, Pasquini P, Quartesan R, Rafanellia C, Rigatelli M, Sonin N (2011) Subtyping depression in the medically ill by cluster analysis, *Journal of Affective Disorders*, 132(3), 383-388

Gündel, H., Glaser, J. & Angerer, P. (2014). *Arbeiten und gesund bleiben*. Berlin: Springer Spektrum.

Hanke R (2009). Die Hospizbewegung von Dr. Cicely Saunders. <http://www.hospizverein-fuerth.de/index.php/der-verein/geschichte/historisches/49-diehospizbewegung-von-dr-cicely-saunders>, abgerufen am 27.11.2014)

Happell B, Ewart SB, Bocking J et al. (2016) 'That red flag on your file': misinterpreting physical symptoms as mental illness. *J. Clin. Nurs.* 25:2933-2942

Hayes RD, Lee W, Rayner L et al. (2012) Gender differences in prevalence of depression among patients receiving palliative care: the role of dependency. *Palliat. Med.* 26:696-702

Holder-Franz M. (2012) „...dass du bis zuletzt leben kannst.“ Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders. Theologischer Verlag, Zürich, S. 80

Irwin SA, Ferris FD (2008) The Opportunity for Psychiatry in Palliative Care Can J Psychiatry 53(11):713–724

Karthaus M, Pohlmann H (2013) Palliativmedizinische Aspekte: Angst, Depression und Verwirrheitszustände in der Palliativmedizin; <https://www.onkodin.de/e6/e98490/e98498/>, abgerufen am 20.20.2019

Kruse I (2016) Stärkung der individuellen Versorgung. Hospiz- und Palliativgesetz. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2016-1112/fokus-hospiz.html>; abgerufen am 20.10.2019

Kunz R (2018) Angst vor dem Sterben, nicht vor dem Tod ...; https://www.palliative-aargau.ch/fileadmin/user_upload/palliative-aargau/veranstaltungen/2018/Angst_vor_dem_Sterben_nicht_vor_dem_Tod_Dr._med._Roland_Kunz_Fachtagung_26.4.18.pdf, abgerufen am 20.10.2019

Malinsky A, Schiefelbein A, Schlegel T, Schlichtmann JP, Schulze Everding C (2016) Palliative Begleitung eines Menschen mit einer progredienten Erkrankung im Hospiz; https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/2016_Malinsky_et_al_Schmerzmanagement_in_der_palliativen_Begleitung.pdf, abgerufen am 20.20.2019

Meier DE, Beresford L (2010). Growing the Interface between Palliative Medicine and Psychiatry. Journal of Palliative Medicine, 13(7):803-806

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H et al. (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. The lancet oncology 12:160-174

Müller M (2007) Total Pain. In Knipping C (Hrsg.) Lehrbuch Palliative Care, Verlag Hans Huber, Bern, S. 386-392

Näf-Hofmann M, Näf A (2011). Palliative Care. Ethik und Recht. Eine Orientierung. Theologischer Verlag, Zürich, S. 48

Noblett J, Caffrey A, Deb T et al. (2017) Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. J. Psychosom. Res. 95:26-32

Oldenkott P (2013) Würde in der Palliativmedizin, in R. Gröschner, A. Kapust, O. W. Lembcke (Ed.): „Wörterbuch der Würde“, Wilhelm Fink Verlag, München, 261f.

Palm M (2012) Religiös spirituelle Begleitung (Spiritual Care) und die Erfassung von Spiritual Pain bei schwerkranken Menschen im Akutspital. In Belok M, Länzlinger U, Schmitt H (Hrsg.) Seelsorge in Palliative Care. Theologischer Verlag, Zürich, 83-85

Patterson, KR, Croom AR, Teverovsky EG, Arnold R. (2014) Current State of Psychiatric Involvement on Palliative Care Consult Services: Results of a National Survey. Journal of Pain and Symptom Management 47(6) 1019-1027

Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI et al. (2007) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch. Gen. Psychiatry 64:19-28

Rasmussen KG, Richardson JW (2011) Electroconvulsive therapy in palliative care. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 28:375-377

Rayner L, Lee W, Price A et al. (2011) The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up. Palliat. Med. 25:229-241

Reinhardt MM, Cohen CI (2015) Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment. Current Psychiatry Reports 17:1

Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S (2015) A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. J Pain Symptom Manage 49(3):595-610

Schwartz J, Neukirchen M, De Vilder MC, Hornemann B, Wolf C, Gärtner J, Thomas M (2017) SOP – Depression und Angst in der Palliativmedizin. Der Onkologe 23:756–763

Shalev D, Brewster K, Arbuckle MR et al. (2017) A staggered edge: End-of-life care in patients with severe mental illness. Gen. Hosp. Psychiatry 44:1

Sweers K, De Casterlé BD, Detraux J et al. (2013) End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. Arch. Psychiatr. Nurs. 27:246-252

Taylor J, Swetenham K, Myhill K et al. (2012) IMhPaCT: an education strategy for cross-training palliative care and mental health clinicians. International journal of palliative nursing 18:290-294

Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KLB, Reyes-Gibby CC, Chacko R, Poulter V, Bruera E (2011) Impact of a Palliative Care Consultation Team on Cancer-Related Symptoms in Advanced Cancer Patients Referred to an Outpatient Supportive Care Clinic, J Pain Symptom Manage, 41(1), 49-56

Zaug K (2000) Ganzheitliche Betreuung unheilbar Kranker. magazin. Die Zeitschrift der Universität Zürich, 04/00, 28-30